

# 質 問 票

該当する箇所へ  (斜線)を記入してください

<b>a</b>	現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 他( )
<b>b</b>	いままでに医師から貧血と言われたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

## 自覚症状

<b>c</b>	次の症状はありますか？ ※ある場合は3つまで選択可 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> せき・たん <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> めまい
----------	---

以下の質問にお答えください。

	質 問 項 目	回 答
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	① よい                      ② まあよい ③ ふつう                  ④ あまりよくない ⑤ よくない
2	毎日の生活に満足していますか	① 満足                      ② やや満足 ③ やや不満                ④ 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	① はい                      ② いいえ
4	半年前に比べて固いものが(※)たべにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	① はい                      ② いいえ
5	お茶や汁物等でむせることはありますか	① はい                      ② いいえ
6	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	① はい                      ② いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	① はい                      ② いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	① はい                      ② いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	① はい                      ② いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われますか	① はい                      ② いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	① はい                      ② いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	① 吸っている              ② 吸っていない ③ やめた
13	週に1回以上は外出していますか	① はい                      ② いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	① はい                      ② いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	① はい                      ② いいえ

### ※個人情報の取り扱いについて

取得した個人情報は、健康状態把握のための健診検査の実施、結果報告書の作成、精密検査の案内、料金の請求、健診検査の精度管理、健康相談等に利用します。健診検査等の結果についてはご本人のほか、健診委託元(市町村、事業所等)にお知らせします。個人情報の取り扱いについて同意をいただけない場合は、健診検査・健康相談等お受けいただけません。なお、同意いただいた後でも撤回することが可能です(不同意の撤回を含む)。